



Телефон \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Прошу прикрепить гражданина, представителем которого я являюсь к детской поликлинике КГБУЗ «Городская больница №3» министерства здравоохранения Хабаровского края для получения в рамках территориальной программы ОМС амбулаторно-поликлинической медицинской помощи порядок, условия и критерии доступности которой определены программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи на текущий год.

Наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления

Осознаю, что представляемый будет откреплён (а) от медицинской организации

(наименование МО)

в которой ранее получал(а) медицинскую помощь.

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учётом территориальной доступности ознакомлен.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
Личная подпись

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

#### РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. Участок № \_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_

Отказать в прикреплении в связи с: \_\_\_\_\_

Главный врач

Т.В. Руденко

*По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки.*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. Получил копию заявления \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
подпись, Ф.И.О.